**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji …….. .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................  
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:…….……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

**e-mail** [dzp@ump.edu.pl](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym pn. **Wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2023 i 2024 rok czterech szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym, (TPm-71/23), procedowanym w trybie podstawowym** **w wariancie - wybór najkorzystniejszej oferty z możliwością negocjacji,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę oraz na następujących warunkach:
2. **zamówienie podstawowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szpital** | **2023 rok** | | | **2024 rok** | | |
| Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto | Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto |
| **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM  w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **Ortopedyczno - Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny  im. W. Degi UM w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Szpital Kliniczny  im. K. Jonschera UM  w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem:** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | ---------------- | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | ------------------- | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |

1. **zamówienie opcjonalne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szpital** | **2025 rok** | | | **2026 rok** | | |
| Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto | Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto |
| **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM  w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **Ortopedyczno - Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny  im. W. Degi UM w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Szpital Kliniczny  im. K. Jonschera UM  w Poznaniu** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem:** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | ---------------- | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł | ----------------- | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |

1. OŚWIADCZAM, że dysponuję osobą kluczowego biegłego rewidenta Panią/Panem skierowaną/nym do realizacji przedmiotowego zamówienia i posiadającą/cym doświadczenie w badaniu sprawozdania finansowego szpitali działających w formie SPZOZ:
2. ………………………………………………., ilość wykonanych ……… sprawozdań w ciągu ostatnich 5 lat  
    (imię i nazwisko)

**Nie podanie powyższych informacji w zakresie dysponowania osobą skierowaną do realizacji przedmiotowego zamówienia oznacza, iż ofercie Wykonawcy nie zostaną przyznane punkty w kryterium doświadczenie kluczowego biegłego rewidenta.**

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia   
   i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
3. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag,   
   a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
4. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
   o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Integralną częścią oferty są:
   1. ....................................................................................................
   2. ....................................................................................................
3. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………  
(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 2A do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

**ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………  
*(pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2023 i 2024 rok czterech szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym, (TPm-71/23),** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie   
   art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835).

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …… ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

…………………..*(miejscowość),*dnia……………….r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu   
z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

**Wymagane w przypadku podmiotów mających siedzibę za granicą**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych   
i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

\***Należy wypełnić odpowiednie pola, pozostałe pola niewypełnione należy wykreślić przed złożeniem podpisu!**

**Załącznik nr 2B do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego   
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:** ………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2023 i 2024 rok czterech szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym, (TPm-71/23),** z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 18.1 SWZ.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 4 do SWZ**

............................................. ................................

(Nazwa i adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **Wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2023 i 2024 rok czterech szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym, (TPm-71/23),** informuję, że:

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej **\*)**
2. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ ofertę częściową **\*)**
3. Należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **\*)**

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty/oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

**\*) - niepotrzebne skreślić przed złożeniem podpisu**

Oświadczenie należy podpisać

kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym

osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ZAMÓWIEŃ**

**(wg § 9 ust. 1 pkt 1 i 2) Rozp. Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dn. 23.12.2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i adres podmiotów, na rzecz których zrealizowano usługi (odbiorca usługi)** | **Daty wykonania**  **(dokładna data od – dokładna data do)** | **Przedmiot i rodzaj zrealizowanych usług (umów)**  **Nazwa zadania,**  **adres realizacji** | **Wartość usług brutto w zł** | **Dane kontaktowe Zamawiającego** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Uwaga! Wykonawca ma obowiązek zamieścić w niniejszym wykazie wszystkie informacje niezbędne   
dla oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 18.1 ppkt 4 lit. a) SWZ

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**(wg § 9 ust. 1 pkt 3) rozporządzenia Ministra rozwoju, pracy i technologii z dnia 23 grudnia 2020 r.   
w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Dane osób wyznaczonych  do realizacji zamówienia** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych/ uprawnień /doświadczenia /wykształcenia  w zakresie niezbędnym  do wykonania czynności  w ramach zamówienia** | **Informacja  o podstawie  do dysponowania osobą** **(np. umowa o pracę, inna umowa)** | **Oświadczamy, że polegamy na zasobach [wpisać: własnych/ innych podmiotów] zdolnych do wykonania zamówienia w zakresie [podać zakres]** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | **Kluczowy biegły rewident:**  **a) imię i nazwisko** ………………  **b)** Nr wpisu do rejestru biegłych rewidentów **…………………**  **c) zakres czynności ……………………** |  |  |  |
| 2 | **Biegły rewident – osoba wchodząca w skład zespołu:**  **a) imię i nazwisko** ………………  **b)** Nr wpisu do rejestru biegłych rewidentów **…………………**  **c) zakres czynności ……………………** |  |  |  |
| 3 | **Biegły rewident – osoba wchodząca w skład zespołu:**  **a) imię i nazwisko** ………………  **b)** Nr wpisu do rejestru biegłych rewidentów **…………………**  **c) zakres czynności ……………………** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*